

AUS DER NEUROLOGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK UND
POLIKLINIK BASEL
Vorsteher: Prof. Dr. H. E. KAESER

Die periphere Fazialisparese

Klinische, therapeutische, elektromyographische und
psychiatrische Aspekte

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der gesamten Heilkunde
der medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Ralph Kocher

von Basel-Stadt und Selzach SO

1965

ZÜRICH 1967

ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH

AUS DER NEUROLOGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK UND
POLIKLINIK BASEL

Vorsteher: Prof. Dr. H.E. KAESER

Die periphere Fazialisparese

**Klinische, therapeutische, elektromyographische und
psychiatrische Aspekte**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der gesamten Heilkunde
der medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Ralph Kocher

von Basel-Stadt und Selzach SO

ZÜRICH 1967

ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH

Von der medizinischen Fakultät Basel genehmigt auf Antrag
von Prof. Dr. *H. E. Kaeser*

Tag der Promotion: 7. Dezember 1965



Erschienen im Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie
Band 99, 2, 247-269 (1967)

Die periphere Fazialisparese

Klinische, therapeutische, elektromyographische und psychiatrische Aspekte

Von RALPH KOCHER

Einleitung

Eine periphere Fazialisparese kann das Gesicht des Menschen schwer entstellen. Wenn wir bedenken, was die Physiognomie, als Ausdruck unserer Seele, im gesamten Gefühlsleben für eine Rolle spielt, so versteht sich, wie sehr ein Mensch unter dieser Krankheit leiden kann.

Seit *Sir Charles Bell* im Jahre 1825 zum erstenmal den N. facialis eingehend beschrieben hat, ist viel über die periphere Fazialisparese gearbeitet und diskutiert worden. Trotzdem sind auch heute noch gerade die wesentlichsten praktischen Fragen umstritten: Gibt es eine wirksame konservative Behandlung der Bellschen Lähmung? Lohnt sich die Reizstromtherapie? Verbessert die operative Dekompression die Prognose und wenn ja, in welchen Fällen und zu welchem Zeitpunkt soll sie durchgeführt werden? Die vorliegende Arbeit wird nicht imstande sein, auch nur eine dieser Fragen schlüssig zu beantworten; es ist jedoch zu hoffen, daß sie einen Baustein bei der Abklärung des ganzen Fragenkomplexes darstellt.

Unser Krankengut von 195 Fällen wurde nach einheitlichen Gesichtspunkten klinisch und elektromyographisch, und zwar so weit wie möglich wiederholt während des ganzen Krankheitsverlaufes untersucht. Die abschließende Beurteilung fußt auf einer persönlichen Nachkontrolle, die in der Hälfte der Fälle möglich war. In den übrigen erkundigten wir uns telephonisch oder schriftlich oder stützten uns auf die Eintragungen in den Krankengeschichten. In unklaren Fällen wurde der einweisende Arzt angefragt¹.

Zur Vereinfachung wurden die peripheren Fazialisparenzen in vier Gruppen eingeteilt. Zuerst soll eine Gruppe mit peripheren Fazialisparenzen, die als Begleit- oder Teilsymptom einer Erkrankung oder bei angeborenen Leiden aufgetreten sind, kurz gestreift werden. In der zweiten Gruppe figurieren

¹ Wertvolle Hinweise und Ergänzungen verdanken wir der ORL-Universitätsklinik Basel, die in freundlicher Weise ihre Krankengeschichten zur Verfügung stellte, wofür an dieser Stelle herzlich gedankt sei.

die idiopathischen (Bellschen) Fazialispareesen, die den größten Teil darstellen. Auf die Bellschen Lähmungen folgt die Gruppe der traumatischen Fazialispareesen. Als letzte sollen diejenigen peripheren Fazialispareesen besprochen werden, bei denen ein infektiöses Geschehen ätiologisch nachgewiesen werden konnte (Otitis media, Herpes zoster oticus und andere Virusinfektionen).

Tabelle 1

1. Fazialispareesen verschiedener Ätiologie	20
2. Idiopathische (Bellsche).	108
3. Traumatische, inklusive iatrogene	40
4. Infektiöse	27
	<u>195</u>

Am Schluß soll noch kurz ein Problem gestreift werden, das uns besonders am Herzen liegt, nämlich die Frage, wie die einzelnen Patienten psychisch auf eine Fazialisparese reagieren. Anlässlich der persönlichen Kontrolluntersuchungen wurden die Patienten psychisch exploriert.

1. Fazialispareesen verschiedener Ätiologie

In dieser ersten Gruppe sollen periphere oder unklare Fazialispareesen mit heterogener Genese dargestellt werden. Eine weitere Auswertung dieser Fälle war nicht möglich, hingegen sollen sie der Vollständigkeit des Krankengutes halber erwähnt werden. Nach den einzelnen Ursachen finden sich folgende Fälle in dieser Gruppe:

	Anzahl
1. Multiple Sklerose	4
2. Melkerson-Rosenthal-Syndrom	1
3. Tumoren:	
a) bei Akustikusneurinom	2
b) bei frontalem Astrozytom	1
c) bei Thrombophlebitis migrans bei Pankreaskopf-Karzinom	1
4. Angeboren	4
5. Vaskuläre Störungen im Bereich des Hirnstammes	3
6. Polyneuritis, Polyradikulitis (bei 2 Fällen Ursache bekannt: Pfeiffersches Drüsenfieber und Toxoplasmose)	4

2. Idiopathische periphere Fazialispareesen (oder Bellsche Lähmungen)

Wie schon erwähnt, ist die Pathogenese der Bellschen Lähmung noch ungeklärt. Am weitesten verbreitet ist wohl die folgende Theorie: ein Arteriolen-spasmus im Bereiche der A. stylomastoidea führt zu einer Stase, Hypoxie

und Dilatation der Kapillaren. Infolge der Permeabilitätssteigerung kommt es zur Ödembildung. Durch Drucksteigerung im Canalis Falloppii infolge der Ödembildung ergibt sich eine Abflußstörung. Damit ist der Circulus vitiosus geschlossen. Neben dieser primär-vaskulären Genese wird die Theorie einer primär-infektiösen vertreten, vor allem in Form einer Virusneuritis. Auch allergische Vorgänge werden für die Ursache verantwortlich gemacht.

Zur Sicherung der Diagnose werden unter anderem Röntgenbilder des Schädels inklusive der Nebenhöhlen angefertigt und eine otoneurologische Untersuchung durchgeführt. Von insgesamt 108 Bellschen Lähmungen konnten 100 bezüglich Verlauf und Behandlung verwertet werden.

a) Altersverteilung:

Tabelle 2

0 bis 20 Jahre	6 Fälle
20 bis 40 Jahre	41 Fälle
40 bis 60 Jahre	39 Fälle
60 bis 80 Jahre	14 Fälle

Die meisten Fazialisparenen dieser Art treten somit in unserem Krankengut zwischen dem 20. und dem 60. Lebensjahr auf. Vor dem 20. Lebensjahr sind sie selten. Die früheste Bellsche Lähmung wurde im Alter von neun, die späteste im Alter von 78 Jahren beobachtet.

b) Geschlechtsverteilung: Männer scheinen etwas häufiger daran zu erkranken als Frauen; von 108 Patienten waren 63 männlichen und 45 weiblichen Geschlechtes.

c) Jahreszeitliche Schwankungen:

Tabelle 3

Januar	5 Fälle	Juli	14 Fälle
Februar	10 Fälle	August	8 Fälle
März	12 Fälle	September	10 Fälle
April	10 Fälle	Oktober	8 Fälle
Mai	3 Fälle	November	8 Fälle
Juni	13 Fälle	Dezember	10 Fälle

Die Verteilung über das Jahr ist also ziemlich gleichmäßig, vielleicht sind die Sommermonate etwas bevorzugt. Die Unterschiede sind aber zu gering, um Schlüsse zu erlauben.

d) Seitenlokalisation: Die rechte und die linke Seite waren praktisch gleich häufig befallen: 61mal die rechte, 63mal die linke Seite.

e) Beginn: In 77 Fällen konnte eruiert werden, wie schnell die Lähmung aufgetreten war. 63 Patienten gaben an, daß sie mehr oder weniger plötzlich, das heißt innerhalb weniger Stunden, oder während der Nacht aufgetreten sei. Nur in 14 Fällen entwickelte sich die Lähmung innerhalb von mehr als zwei Tagen.

f) Kälteeinwirkung: Klinische und experimentelle Untersuchungen sprechen dafür, daß die Kälteeinwirkung oft eine Rolle spielt [5, 12, 15, 17]. Bei den eigenen 100 Bellschen Lähmungen wurde anamnestisch in 20 Fällen eine vorangehende Kälteeinwirkung angegeben; so wurde im einzelnen erwähnt: 11mal Fahren im offenen Auto mit «Durchzug»; 3mal «Durchzug» bei der Arbeit; 4mal Erkältung durch «Durchzug»; 2mal Erkältung nach Haarewaschen im «Durchzug».

g) Schmerzen: Über starke (retro-)aurikuläre Schmerzen wurde in 47 von 100 Fällen geklagt, wobei die Angaben über den Schmerzcharakter nicht einheitlich waren. Die Beschreibungen reichten vom dumpfen Druck bis zum stechenden Schmerz. Dieser initiale Schmerz verschwand in allen Fällen innert Tagen bis Wochen. Unseres Erachtens kommt der Intensität des Schmerzes und dem Schmerzcharakter keine prognostische Bedeutung zu, zeigten doch die Fälle mit starken Schmerzen keine schlechteren Spätresultate.

h) Geschmacksstörung: In 56 Fällen konnte eine Hypo- oder Ageusie der vorderen Zweidrittel der Zunge auf der befallenen Seite nachgewiesen werden. Bei den persönlichen Nachkontrollen war sie nie mehr nachzuweisen, auch wenn sich die Fazialisparese nur unbefriedigend zurückgebildet hatte.

i) Mißempfindungen im Gesicht auf der Seite der Fazialisparese wurden von 11 Patienten angegeben, ließen sich aber klinisch nicht sicher verifizieren. Sie bildeten sich regelmäßig zurück.

k) Tränensekretions-Störungen wurden nicht systematisch untersucht.

l) Ausprägung der Parese in den einzelnen Ästen des N. facialis (Stirn-, Augen- und Mundast): Der Stirnast scheint die beste Heilungstendenz aufzuweisen, der Mundast die schlechteste. Um über diese Vermutung präzisere Angaben zu erhalten, wurde bei jeder elektromyographischen Untersuchung auch klinisch das Ausmaß der Parese in den einzelnen drei Fazialisästen geprüft, und zwar durch den gleichen Arzt. Dieses wurde in einer Zahl von 0 (normale Innervation) bis -4 (totale Parese) wiedergegeben.

Beispiel	Stirnast	(I):	-3
	Augenast	(II):	-2-3
	Mundast	(III):	-3-4

Die klinischen Ergebnisse konnten dann jeweils mit dem elektromyographischen Befund verglichen werden; so wurde die Anzahl der motorischen Einheiten beim EMG in der gleichen Art von 0 (normale Aktivität) bis -4 (keine Muskelaktivität) registriert. Die klinischen und die elektromyographischen Befunde stimmten weitgehend überein. Nur in drei Fällen zeigte sich im EMG eine schwerere Parese, als nach der klinischen Untersuchung erwartet wurde.

In 31 Fällen war der Endzustand in allen drei Ästen gleich, worunter natürlich alle Fälle mit *Restitutio ad integrum*. Bei den Fällen mit partieller Heilung war im Endzustand in 10 Fällen der Stirnast noch am stärksten betroffen, in 12 Fällen der Augenast und in 33 Fällen der Mundast. Bei 19 Patienten zeigten sich die ersten Regenerationszeichen im Stirnast, bei neun im Augenast und nur bei zwei im Mundast. Der Stirnast weist also die größte Regenerationsfähigkeit auf, der Mundast die kleinste.

m) Verlauf, Behandlung und Spätresultate: Die Spätresultate wurden in fünf Gruppen eingeteilt: 1. *Restitutio ad integrum*: normale Innervation, keine subjektiven Beschwerden, keine pathologischen Mitbewegungen; 2. praktisch vollständige Heilung: minime Restparese, eventuell leichte Mitbewegungen; 3. deutliche Besserung der Fazialisparese, jedoch noch deutliche Restparese vorhanden (entspricht ungefähr der klinischen und elektromyographischen Bewertung von -2); 4. leichte Besserung: nur geringe Besserung zu verzeichnen; es besteht noch eine schwere Restparese (etwa -3); 5. keine Besserung.

Die *Restitutio ad integrum* und die praktisch vollständige Heilung wurden als gute Spätresultate, die anderen als unbefriedigende zusammengefaßt.

Gesamthaft betrachtet, ohne Rücksichtnahme auf die Behandlung, beträgt die Anzahl der Fälle mit guten Spätresultaten 81, davon 23 mit *Restitutio ad integrum* und 58 mit praktisch vollständiger Heilung. Von den 19 Fällen mit unbefriedigender Heilung entfielen zwei auf die Gruppe mit deutlicher Besserung und 17 auf die Gruppe mit leichter Besserung. Eine solche trat in allen Fällen ein, wenn auch teilweise nur eine minime, so daß auf die Erwähnung der fünften Gruppe weiterhin verzichtet werden kann.

Große Beachtung wurde der Frage zugemessen, ob tatsächlich eine Lähmung, die bei der ersten Untersuchung unvollständig war, eine günstige Prognose aufweist, wie in der Literatur erwähnt wird (*Cawthorn* [2]). Die folgende Tabelle gibt diese Resultate wieder:

Tabelle 4

Spätresultate bei der idiopathischen Fazialisparese

Lähmung zu Beginn	An- zahl	Spätresultate			
		Restitutio ad integrum	Praktisch vollständige Heilung	Deutliche Besserung	Leichte Besserung
Partiell	47	16	27	0	4
Subtotal	30	6	18	0	6
Total	23	1	13	2	7
Insgesamt	100	23	58	2	17
		81 gute Spätresultate		19 unbefriedigende Spätresultate	

Daraus ist ersichtlich, daß partielle Lähmungen in 91% ausheilen, subtotale in 80% und totale in 60%. Nach unserem Krankengut hat also eine partielle idiopathische Fazialisparese eine wesentlich bessere Heilungstendenz als eine komplette.

n) Behandlung und Verlauf: Über die Behandlung der Fazialisparese ist man sich nicht im klaren. Bei keiner anderen Krankheit werden so viele Therapiemöglichkeiten beschrieben wie bei der Bellschen Lähmung! Gibt es überhaupt eine wirksame Behandlung der idiopathischen Fazialisparese, die erwiesen ist? Wenn ja, welche? Die Angaben über die Therapiemöglichkeiten sind so mannigfaltig, daß sie nicht einzeln aufgezählt werden sollen. In diesem Zusammenhang soll lediglich der Wirksamkeit der Corticosteroide und der operativen Dekompression nachgegangen werden.

Aus unserem Material ist ein Fortschritt der Cortisonbehandlung gegenüber älteren konservativen Maßnahmen nicht ersichtlich. Es wurden nämlich 42 Fälle von idiopathischer Fazialisparese, die mit Corticoiden behandelt wurden, einer Gruppe von 42 idiopathischen Fazialisparenen, die keine Corticoide bekamen, gegenübergestellt. Die Gegenüberstellung war insofern erschwert, als unter den mit Corticoiden behandelten Fällen sieben Patienten waren, die später noch dekomprimiert wurden. Aus diesem Grunde wurden zu den Fällen mit «klassischer» Behandlung auch sieben Fälle, die operiert wurden und keine Corticoide bekamen, dazugezählt, um einen entsprechenden Ausgleich zu erhalten. Die Resultate sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Tabelle 5

Einfluß der Behandlung auf die Spätresultate
der idiopathischen Fazialisparese

Behandlung	Anzahl	Spätresultate		Spätresultate	
		Restitutio ad integrum	Praktisch vollständige Heilung	Deutliche Besserung	Leichte Besserung
Corticoide: Beginn innerhalb von 48 Std.	19	5	13	0	1
		18 = 95%		1	
Corticoide: Beginn nach 2 Tagen	16	3	10	1	2
		31 = 88%		3	
Corticoide plus spätere Dekompression	7	0	4	0	3
Total	42	35 = 83%		7 = 17%	
«Klassische» Behandlung	35	9	22	0	4
		31 = 88%		4	
Dekompression ohne Corticoid- behandlung	7	0	2	1	4
Total	42	33 = 80%		9 = 20%	

Bei der Behandlung mit Corticoiden wurde noch unterschieden, ob die Behandlung innerhalb der ersten 48 Stunden begonnen wurde oder erst nachher. Dabei wurden nur diejenigen Fälle berücksichtigt, welche Corticoide in einer Initialdosierung, die 30 mg Prednison entsprach, während mindestens 10 Tagen erhielten. Alle anderen Fälle wurden eliminiert. Wenn die 35 Fälle mit Corticoidbehandlung ohne die sieben Fälle, die später dekomprimiert wurden, betrachtet werden, so finden sich bei der Corticoid-

behandlung innerhalb der ersten 48 Stunden 95% gute Spätresultate, bei einer Corticoidbehandlung erst nach den ersten zwei Tagen 81% gute Resultate. Fast die gleiche Zahl findet sich aber auch bei den Fällen ohne Corticoidbehandlung, wenn die sieben später dekomprimierten Fälle nicht dazu gezählt werden. Um ein entsprechendes Urteil abgeben zu können, ist es sicher richtiger, wenn alle Fälle mit Corticoidbehandlung gesamthaft betrachtet werden, also auch die später operierten Fälle, wobei von 42 Fällen 35 gute Spätresultate zeigten, was 83% entspricht. Ungefähr die gleiche Zahl, etwa 80%, findet sich bei der «klassischen» Behandlung, wenn die später operierten herausgenommen werden sogar 88%. Wie schon erwähnt, bringt nach diesen Untersuchungen die Behandlung mit Corticoiden keine sichere Verbesserung der Spätresultate gegenüber den «klassischen» Behandlungsmethoden. Eine negative Auswahl der mit Cortison behandelten Fälle besteht in unserem Material nicht.

Dekompression: Von den 100 idiopathischen Fazialisparesen ist bei 17 Fällen eine operative Dekompression des N. facialis durchgeführt worden. Die Resultate sind in Tabelle 6 zusammengestellt.

Von den 17 dekomprimierten Fällen wiesen neun eine totale, sieben eine subtotale und einer eine partielle Parese vor der Operation auf. In sieben Fällen (etwa 40%) kam es zu einer praktisch vollständigen Heilung, in einem zu einer deutlichen und in neun zu einer leichten Besserung. In allen 17 Fällen ist somit eine Besserung eingetreten, wenn auch in etwa 60% eine unbefriedigende. Eine Restitutio ad integrum wurde dabei nie beobachtet. Dieses Krankengut stellt natürlich eine ausgesprochen negative Auswahl dar.

o) **Rezidive** traten in neun Fällen (etwa 10%) auf. Ein einmaliges Rezidiv konnte in acht Fällen beobachtet werden, ein zweimaliges nur in einem Fall. Die einmaligen Rezidive betrafen immer die andere Seite. Wenn sich bei einem Krankengut von acht Rezidiven auch nichts Verbindliches aussagen läßt, so scheint es doch, daß die Rezidive die schlechteren Spätresultate zeigen als die primären Manifestationen. Bei einer Patientin konnte ein dreimaliges Auftreten einer peripheren Fazialisparese festgestellt werden: die ersten beiden Male waren die Spätresultate gut, während beim dritten Mal nur noch eine leichte Besserung eintrat.

Verschiedene Autoren [1, 20] sind der Meinung, daß das Auftreten von reichlichen und frühzeitigen Fibrillationen die Prognose verschlechtert. In unserem Krankengut sind bei der wiederholten elektromyographischen Untersuchung in 80 von 100 Fällen Fibrillationspotentiale registriert worden. Dabei ist jeweils das Ausmaß an Fibrillationen notiert und in vier Gruppen eingeteilt worden. Diese vier Gruppen wurden bezüglich der Spätresultate einzeln verglichen (Tabelle 7).

Tabelle 6

Wirkung der operativen Dekompression auf die idiopathische
Fazialisparese bei 17 Fällen

Beginn	Konser- vative Be- handlung	Zustand vor Dekom- pression	Zeit- punkt der Ope- ration in Wochen	Fi- brilla- tion- en	Regene- rations- zeichen in Wochen post. op.	End- zustand	Mit- bewe- gun- gen	Kon- trak- turen
total	klass.	total	5.	++	33.	leichte Besserung	+	○
total	keine	total	5.	+	11.	leichte Besserung	+	○
subtotal	klass.	subtotal	6.	+++	13.	leichte Besserung	+	○
total	klass.	total	8.	++	4.	prakt. voll- ständ. Heil.	+	○
total	klass.	total	8.	++	?	leichte Besserung	+	○
subtotal	Corticoide	subtotal	8.	+	13.	prakt. voll- ständ. Heil.	+	+
total	Corticoide	total	8.	+	7.	leichte Besserung	○	○
total	Corticoide	total	9.	++	14.	leichte Besserung	+	+
subtotal	klass.	subtotal	9.	++	5.	prakt. voll- ständ. Heil.	+	○
total	klass.	total	9.	++	3.	deutliche Besserung	+	+
partiell	keine	partiell	9.	++	4.	prakt. voll- ständ. Heil.	+	○
subtotal	Corticoide	subtotal	10.	++	5.	prakt. voll- ständ. Heil.	+	○
total	keine	total	10.	++	21.	leichte Besserung	+	+
subtotal	Corticoide	subtotal	10.	++	12.	prakt. voll- ständ. Heil.	+	○
total	Corticoide	subtotal	13.	++	14.	leichte Besserung	○	○
subtotal	Corticoide	subtotal	13.	++	3.	prakt. voll- ständ. Heil.	+	○
total	klass.	total	17.	+	?	leichte Besserung	○	○

Tabelle 7

Fibrillationspotentiale im EMG und Spätresultate
bei der idiopathischen Fazialisparese

Fibrillationen	Fälle	Spätresultate			
		Restitutio ad integrum	Praktisch vollständige Heilung	Deutliche Besserung	Leichte Besserung
Keine innerhalb der 2. bis 26. Woche	15	10	5	0	0
Kein EMG innerhalb der 2. bis 26. Woche	5	1	2	0	2
Spärlich (+)	17	6	10	0	1
+	35	4	25	1	5
++	28	2	16	1	9
Insgesamt	100	23	58	2	17
		81 gute Spätresultate		19 unbefriedigende Spätresultate	

Von den 80 Patienten, bei denen Fibrillationspotentiale festgestellt wurden, ist bei 63 ein gutes Spätresultat beobachtet worden. Nur in 17 Fällen war dieses unbefriedigend. Bei 15 Patienten sind innerhalb der 2. bis 26. Woche keine Fibrillationen nachgewiesen worden. Sie zeigten alle ein gutes Spätresultat, worunter 10 eine Restitutio ad integrum. Daraus läßt sich schließen, daß die Prognose sehr gut ist, wenn Fibrillationspotentiale nach 2 bis 3 Wochen fehlen, daß aber auch bei reichlichen Fibrillationen der Verlauf günstig sein kann.

p) Defektzustände: Unter diesen imponiert vor allem die Restparese, die mehr oder weniger ausgeprägt sein kann. Im Verlauf von Defektheilungen treten aber noch andere Symptome auf, die zum Teil als sehr lästig empfunden werden: die pathologischen Mitbewegungen und die Kontrakturen. Die ersteren bestehen in einer abnormen synchronen Mitbewegung bei Betätigung eines anderen Muskels, zum Beispiel in einem Hochziehen des Mundwinkels beim Lidschlag. Sie sind die Folge einer Verzweigung regenerierender Achsenzyylinder, wobei zum Beispiel eine Nervenfasern gleichzeitig zwei Antagonisten versorgen kann. Deutliche pathologische Mitbewegungen beobachteten wir bei 39 von 100 Bellschen Lähmungen, also in einem recht beträchtlichen Ausmaß. Eindeutige Kontrakturen im Bereich des Mundwinkels oder des Auges fanden sich in sechs Fällen.

Die Fazialisparese in der Schwangerschaft hat nach übereinstimmender Ansicht [4, 14, 15, 19] eine gute Prognose. Wir selber behandelten drei solche Fälle. Bei einer 25jährigen Patientin trat die Fazialisparese vier Tage vor der Geburt auf und war nach zwei Monaten abgeheilt. Bei der zweiten, 29jährigen Patientin setzte sie im dritten Schwangerschaftsmonat ein und war nach sechs Wochen vollständig verschwunden. Bei der dritten, 29jährigen Patientin trat sie im siebten Monat der Schwangerschaft auf (in der Anamnese Kopfwaschen, anschließend im «Durchzug» gestanden) und war vollständig. Bei der Kontrolle nach sechs Jahren war nur eine leichte Besserung festzustellen.

Schließlich ist bei den vorliegenden 100 idiopathischen Fazialisparenen untersucht worden, ob die Heilungstendenz mit zunehmendem Alter schlechter werde, wie schon behauptet wurde [13]. Zu diesem Zweck wurden die Spätresultate innerhalb der vier oben erwähnten Altersklassen (0–20, 20–40, 40–60 und 60–80 Jahre) verglichen. Dabei zeigte sich keine Verschlechterung der Spätresultate mit zunehmendem Alter. Etwas überraschend war die Feststellung, daß bei den Bellschen Lähmungen, die vor dem 20. Altersjahr auftraten, von acht nur vier Fälle gute Spätresultate aufwiesen. Beim Verlauf einer idiopathischen Fazialisparese scheint es keine Rolle zu spielen, ob es sich um eine männliche oder weibliche Person handelt. Auch hier wurden die Spätresultate von je 40 Fällen miteinander verglichen, wobei sich für beide Geschlechter gleiche Resultate zeigten (Tabelle 8).

Tabelle 8

Spätresultate in Abhängigkeit von Lebensalter und Geschlecht
bei der idiopathischen Fazialisparese

Alter	Fälle	Spätresultate			
		Restitutio ad integrum	Praktisch vollständige Heilung	Deutliche Besserung	Leichte Besserung
0 bis 20 Jahre	8	2	2	0	4
20 bis 40 Jahre	40	9	24	2	5
40 bis 60 Jahre	37	7	21	0	9
60 bis 80 Jahre	15	2	11	0	2
Geschlecht					
Frauen	40	11	22	0	7
Männer	40	9	22	1	8

3. Traumatische periphere Fazialis paresen

In unserem Krankengut fanden sich insgesamt 30 traumatische und 10 iatrogene Fazialis paresen. Die letzteren sollen nur kurz erwähnt werden: je ein Fall nach Operation eines Glomustumors, eines Ohrmuschelkarzinoms, nach einer Tympanoplastik, nach Ultraschallanwendung bei Morbus Ménière und nach einer Operation nach Spiller-Frazier, zwei Fälle nach Parotidektomie, drei Fälle im Anschluß an eine Mastoidektomie.

Bei den eigentlichen traumatischen peripheren Fazialis paresen sind in 25 Fällen folgende Angaben über die unmittelbare Ursache der Parese bekannt: Nachgewiesene Schädelbasisfrakturen, 25 Fälle; Ohrfeige, ein Fall; Hufschlag ins Gesicht, ein Fall.

Wie in den meisten Angaben in der Literatur [16, 18] wird unterteilt in Früh- und Spätlähmungen; die letzteren entwickeln sich nach dem zweiten Tag.

Tabelle 9

Spätresultate bei der traumatischen Fazialisparese (Schädelbasisfrakturen)

	Anzahl	Spätresultate			
		Restitutio ad integrum	Praktisch vollständige Heilung	Deutliche Besserung	Leichte Besserung
Nicht operierte Fälle	14	6	7	0	1
Operierte Fälle	16	0	6	4	6
Insgesamt	30	19 = etwa 65%		11 = 35%	
Partielle	9	4	5	0	0
Subtotale	5	1	1	1	2
Totale	16	1	7	4	4
Insgesamt	30	19 = 65%		11 = 35%	
Frühlähmungen	12	3	4	2	3
Spätlähmungen	15	3	7	2	3
		17 gute Spätresultate		10 unbefriedigende Spätresultate	

Oben (Tabelle 9) die Zusammenstellung der Resultate der von uns beobachteten traumatischen Fazialis paresen. In der ersten Kolonne werden zuerst die Spätresultate der operierten und der nicht operierten Fälle ein-

zeln angeführt; in der zweiten Kolonne werden die Spätresultate mit der Schwere der Parese und in der dritten mit dem Zeitpunkt des Auftretens verglichen.

Aus dieser Aufstellung kann entnommen werden, daß von insgesamt 30 traumatischen Fazialisparenen etwa zwei Drittel ein als gut zu bezeichnendes Spätresultat aufwiesen. Wenn jedoch von diesen 30 Fällen die Gruppe, die nur mit physikalischer Therapie behandelt wurde, herausgenommen wird, so finden sich unter diesen 14 Fällen 13 mit guten Spätresultaten.

Tabelle 10

Spätresultate der operativen Behandlung
der traumatischen Fazialisparese

Zustand bei Beginn	Früh- oder Spätähmung	Zustand vor der Ope- ration	Zeit- punkt der Ope- ration in Wochen	Fibril- lationen	Erste Rege- nerations- zeichen in Wochen post. op.	Endzustand
total	früh	total	2.	(+)	23.	leichte Besserung
total	früh	subtotal	3.	++	21.	prakt. vollständ. Heilung
total	spät	total	3.	++	9.	leichte Besserung
subtotal	früh	subtotal	4.	—	?	leichte Besserung
total	spät	subtotal	4.	—	11.	prakt. vollständ. Heilung
total	früh	total	5.	++	12.	prakt. vollständ. Heilung
total	spät	total	6.	—	13.	prakt. vollständ. Heilung
partiell	früh	partiell	6.	+	15.	prakt. vollständ. Heilung
total	früh	subtotal	6.	+++	?	prakt. vollständ. Heilung
total	früh	total	6.	+++	11.	deutl. Besserung
total	früh	total	13.	++	7.	leichte Besserung
total	spät	total	13.	++	15.	leichte Besserung
total	spät	total	13.	+	18.	deutl. Besserung
total	spät	total	15.	+++	?	deutl. Besserung
total	früh	total	18.	—	34.	prakt. vollständ. Heilung
subtotal	früh	subtotal	48.	(+)	?	deutl. Besserung

Daneben existieren aber doch 16 Fälle mit traumatischer Fazialisparese, in deren Verlauf eine Dekompression als nötig erachtet wurde, weil sie eine schlechte Heilungstendenz aufwiesen; nach der Operation war das Spätresultat in sechs Fällen gut. Weiterhin kann bei den traumatischen Fazialisparenen beobachtet werden, daß die partiellen Lähmungen deutlich bessere Spätresultate zeigten; von neun Fällen heilten acht gut aus, während bei den subtotalen und den totalen Lähmungen nur etwa die Hälfte ein gutes Resultat zeigten.

Bei der Gegenüberstellung von Früh- und Spätlähmungen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Spätresultaten. Bezüglich der Verteilung auf die Äste des Nerven konnten die gleichen Beobachtungen gemacht werden wie bei den idiopathischen Lähmungen. Bei 18 Patienten war eine Beurteilung des Endzustandes möglich, wobei bei neun der Mundast, bei vier der Augenast und bei fünf der Stirnast noch am stärksten befallen war.

Fibrillationspotentiale wurden bei der elektromyographischen Untersuchung in 25 von 30 traumatischen Fazialisparenen registriert.

Die 16 Fälle von traumatischer Fazialisparese mit Dekompression (siehe Tabelle 10) sind noch einzeln angeführt.

Nach diesen Untersuchungen führt die Dekompression somit in etwa einem Drittel der Fälle zu einem guten Spätresultat. Dieser Prozentsatz scheint nicht besonders hoch. Es muß jedoch erwähnt werden, daß mit einer Ausnahme die Fazialisparese vor der Operation subtotal, in zwei Dritteln der Fälle sogar total war. Eine Restitutio ad integrum konnte bei diesen Fällen ebensowenig wie bei den dekomprimierten idiopathischen Fazialisparenen beobachtet werden.

4. Fazialisparese bei Infektionen

In der letzten Gruppe sollen 27 Fälle von peripherer Fazialisparese besprochen werden, bei denen ein infektiöses Geschehen festgestellt oder als sehr wahrscheinlich angenommen werden mußte. Es handelt sich um 13 Fälle von Herpes zoster oticus, fünf von Otitis media beziehungsweise Cholesteatom und um neun Fälle, bei welchem auf Grund der Allgemeinuntersuchung ein viraler Infekt angenommen wurde.

1. Beginn: In 17 Fällen liegen genaue Angaben über die Entwicklung der Lähmung vor. In neun Fällen war der Beginn akut, innerhalb weniger Stunden, in acht Fällen langsamer, das heißt innert Tagen. Auffallend ist, daß in dieser Gruppe prozentual viel mehr Fazialisparenen mit langsamem Einsetzen vertreten sind als bei den idiopathischen Fazialisparenen.

2. Geschlechtsverteilung: Von den 27 Fällen waren 18 männlichen und neun weiblichen Geschlechtes. Schon bei den Bellschen Lähmungen war das männliche Geschlecht etwas häufiger betroffen. In dieser Gruppe scheint der Unterschied ausgeprägter zu sein.

3. Seitenlokalisation: 15mal war die rechte, 13mal die linke Seite betroffen.

4. Weitere Symptome: Starke (retro-)aurikuläre Schmerzen wurden von sieben Patienten angegeben; Geschmacksstörungen konnten bei 11, Tränensekretionsstörungen bei vier Patienten festgestellt werden. Wie bei den idiopathischen Fazialisparesen konnten auch in dieser Gruppe Sensibilitätsstörungen im Trigeminiusbereich nachgewiesen werden, und zwar in fünf Fällen.

5. Altersverteilung: Nur fünf von 27 Patienten waren mehr als 60 Jahre alt; alle anderen standen zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr, keiner unter 20 Jahren.

6. Fibrillationspotentiale: Bei der elektromyographischen Untersuchung wurden in 24 Fällen Fibrillationspotentiale festgestellt, bei drei Fällen fehlten sie.

7. Verteilung auf die einzelnen Äste des N. facialis: Über die Frage, welcher Ast im Endzustand noch am meisten betroffen ist, liegen in 19 Fällen konkrete Angaben vor. Von diesen war in 13 Fällen wiederum der Mundast, in je drei Fällen der Stirn- und Augenast am stärksten betroffen.

8. Verlauf, Behandlung und Spätresultate: Die durchgeführte Behandlung entsprach mehr oder weniger derjenigen bei den idiopathischen Fazialisparesen. In 11 Fällen wurde mit Corticoiden behandelt. Sofern eine so kleine Anzahl von Fällen Schlußfolgerungen zuläßt, ist die Behandlung mit Corticoiden, verglichen mit der gleichen Anzahl von Fällen ohne Behandlung mit Corticoiden, der klassischen Behandlung nicht überlegen.

Tabelle 11 stellt die Spätresultate dieser Gruppe zusammen, zuerst nach ätiologischen Gesichtspunkten, dann in Relation zum Ausmaß der Parese.

Daraus läßt sich schließen, daß die Fazialisparesen beim Herpes zoster oticus nur in etwa der Hälfte der Fälle ein gutes Spätresultat aufweisen, während die drei Fälle bei Otitis praktisch vollständig heilten. Die Fazialisparesen beim Herpes zoster oticus haben demnach eine relativ schlechte Prognose; außerdem sind pathologische Mitbewegungen im Endzustand recht häufig (in sechs Fällen) (Tabelle 12). Wir beobachteten in 16 von 23 Fällen ein gutes Spätresultat (etwa 70%). Wenn die Spätresultate mit dem Ausmaß der Lähmung verglichen werden, so zeigt sich auch hier, daß die

Tabelle 11
Spätresultate bei der infektiösen Fazialisparese

	Fälle	Spätresultate			
		Restitutio ad integrum	Praktisch vollständige Heilung	Deutliche Besserung	Leichte Besserung
Herpes zoster oticus	11	3	3	4	1
Otitis	3	0	3	0	0
Virusinfekt	9	1	6	2	0
Insgesamt	23	16 = 70%		7 = 30%	
Partielle	6	3	3	0	0
Subtotale	6	0	5	1	0
Totale	11	1	4	5	1
Insgesamt	23	16 = 70% gute Spätresultate		7 = 30% unbefriedigende Spätresultate	

partiellen und die subtotalen Paresen eine sehr gute Heilungstendenz aufweisen, während bei den totalen nur in der Hälfte der Fälle ein befriedigendes Spätresultat beobachtet werden konnte.

Tabelle 12
Resultate der operativen Dekompression bei infektiösen peripheren Fazialispareesen

Be- ginn	Infektion	Be- handlung	Zustand vor Ope- ration	Zeit- punkt der Ope- ration in Wo- chen	Fibril- la- tio- nen	Erste Rege- nera- tions- zei- chen (Wo- che)	Endzustand
total	Zoster oticus	klassisch	subtotal	2.	++	12.	prakt. vollständ. Heilung
total	Zoster oticus	Corticoide	total	7.	+++	36.	prakt. vollständ. Heilung
total	Zoster oticus	Corticoide	total	9.	++	11.	deutl. Besserung
total	Zoster oticus	Corticoide	total	13.	++	19.	deutl. Besserung
total	Virusinfektion	klassisch	total	15.	++	4.	deutl. Besserung
total	Virusinfektion	klassisch	total	20.	++	6.	deutl. Besserung

Bei vier Fällen von peripherer Fazialisparese infolge eines Herpes zoster oticus und bei zwei Fällen von Virusinfektion wurde, wie Tabelle 12 zeigt, eine Dekompression durchgeführt. Vor der Operation waren fünf Paresen noch total und eine subtotal. Von diesen konnte in zwei Fällen eine praktisch vollständige Heilung erzielt werden, in den anderen vier Fällen eine deutliche Besserung. Eine Restitutio ad integrum konnte nie beobachtet werden; auch muß erwähnt werden, daß in 12 von 23 Fällen pathologische Mitbewegungen auftraten und in einem Fall Kontrakturen.

5. Psychische Reaktionen bei der peripheren Fazialisparese

«Diese Krankheit ist die gräßlichste, die es gibt; nicht einmal meinem größten Feind wünsche ich sie!» So antwortete ein Patient auf die Frage, wie er psychisch auf seine Fazialisparese reagiert habe; «ich habe schwer gelitten, sehr schwer sogar, und ich leide jetzt noch darunter.»

Solche Äußerungen sind verständlich, wenn es bei peripheren Fazialisparenen vorübergehend oder leider oft auch dauernd zu schweren Entstellungen des Gesichtes kommt; wenn dem Gesicht – das doch der Spiegel unseres Innenlebens ist – infolge der Verunstaltung keinerlei Ausdruckskraft mehr innewohnt.

Bei unseren Nachkontrollen haben wir an die Patienten nach erfolgter Untersuchung noch einige Fragen in dieser Richtung gestellt. In den meisten Fällen erhielten wir ungezwungen Auskunft. Es folgten dann die delikateren Fragen; ob sie darunter gelitten hätten, ob sehr stark, ob längere Zeit; ob sie deprimiert gewesen seien, kurzdauernd oder noch längere Zeit. Wenn die Patienten dann nicht spontan weiterfuhren, wurden noch weitere Fragen gestellt: ob sie sich von der Umwelt abgesondert hätten; wie die Umwelt ihrerseits darauf reagiert habe; ob die Menschen, mit denen sie täglich zusammenkommen, sich ihnen gegenüber verändert hätten oder ob sie mit unangenehmen Fragen belästigt worden seien. Die Resultate dieser Befragungen, die in 62 Fällen möglich waren, werden in Tabelle 13 zusammengestellt.

Von den 62 Befragten gaben somit 25 an, daß sie vollständig normal reagiert hätten. Eine kurzdauernde depressive Verstimmung wurde dann angenommen, wenn die Patienten stark, ihrer Meinung nach abnorm stark gelitten hatten, wenn sie ihre damalige Grundstimmung als deprimiert schilderten und über den Verlust der Lebensfreude klagten. In 13 Fällen hielt die depressive Verstimmung mehrere Wochen an, in wenigen Fällen bis zu einem Jahr. Bei zwei Patientinnen waren bei der Exploration nach mehreren Jahren noch deutliche depressive Symptome vorhanden. Die depressiven

Tabelle 13

Psychische Verarbeitung der Fazialisparese

Art der Fazialisparese	Fälle	Normale Reaktion	Kurzdauernde depressive Verstimmung	Längerdauernde depressive Verstimmung	Veränderung der Umgebung	Gehemmt-heit	Absonderung
Idiopathische	40	17	14	7	6	12	14
Traumatische	13	4	4	4	2	2	3
Infektiöse	9	4	1	2	2	2	3
Insgesamt	62	25	19	13	10	16	20

Verstimmungen waren bei den männlichen Patienten entschieden häufiger als bei den weiblichen und nahmen mit zunehmendem Alter ab. Bei den traumatischen Fazialisparenen schien die Intensität der depressiven Verstimmung weniger stark zu sein, wenn sie auch nicht weniger häufig auftrat als bei den beiden andern Gruppen. Oft folgte noch die Bemerkung: «Es hätte noch schlimmer ausgehen können, ich darf froh sein, daß ich überhaupt noch lebe.» Daß die Ursache der Lähmung ein Unfall war, schien ein bedeutender Faktor zu sein. Bei den idiopathischen Lähmungen dagegen wurde die unbekannte Ursache als sehr drückend empfunden. Suizidgedanken wurden nur in drei Fällen spontan angegeben. Viele Patienten hatten Angst vor der Krankheit, die sie nicht kannten, Angst, die Lähmung heile nicht mehr. Diese Angstzustände waren aber nur vorübergehender Natur. 10 Patienten hatten das Gefühl, daß sich die Umwelt nach dem Auftreten der Fazialisparese verändert habe, daß sie von den Leuten «komisch» angesehen würden, daß sie anders als früher behandelt würden. Ein Patient behauptete sogar, die Leute hätten «Grimassen» geschnitten, wenn sie ihn sahen. In vereinzelt Fällen klagten die Patienten darüber, daß man spöttische Bemerkungen gemacht habe, daß sogar abschätzige Worte gefallen seien. 16 der Patienten sind durch unangenehme Fragen immer wieder belästigt worden, vor allem wurde immer wieder nach der Ursache der Krankheit gefragt. Besonders von den jüngeren Patienten wurde die häufige Frage, ob sie denn ein «Schläglein» erlitten hätten, als unangenehm empfunden. 20 Patienten erwähnten, daß sie sich mehr oder weniger stark von der Umwelt abgesondert hätten, in den meisten Fällen nur vorübergehend, das heißt bis die Lähmung zurückging. Einige Patienten schlossen sich vollständig ab, wollten niemanden mehr sehen und überließen sogar das Einkaufen anderen Personen. Ganz ausgeprägt war dies bei einem Patienten, der sich

nicht nur einschloß und niemanden mehr hereinließ, sondern in der Verzweiflung sogar das Telephonkabel herausriß. Sehr verständlich ist die Tatsache, daß viele Patienten starke Hemmungen, sogar Schamgefühle hatten. Vielleicht etwas weniger verständlich ist die Äußerung einer Patientin, sie habe sich geniert, weil sie sich nicht «sauber» fühlte. Sie ging nur noch mit einem Halstuch umhüllt auf die Straße. – Ein Geschäftsmann zog sich nach einer traumatischen Fazialisparese ganz vom Geschäftsleben zurück. Er hatte alle Freude am Geschäft verloren und übergab dieses seinem Sohn. – Tragischer ist das Schicksal einer Patientin, bei der gegen Ende der Schwangerschaft eine periphere Fazialisparese auftrat. Nach ihren Angaben wurde der Mann ihr untreu, nachdem die Ehe vorher gut gewesen sei. Später kam es zur Scheidung. – Die Äußerungen, die am Anfang dieses Abschnittes stehen, stammen von einem Geschäftsmann. Er soll nach seinen Angaben nachher viel dem Problem der Fazialisparese nachgegangen sein. Wenn er jemanden auf der Straße traf, der eine Fazialisparese hatte, ging er auf ihn zu und sprach ihn an. Diese Krankheit sei vererbt, bemerkte er. Er kenne zwei Brüderpaare, die eine Fazialisparese hatten. In einem anderen Fall hätten Vater und Sohn die gleiche Krankheit gehabt. Dieser Patient reiste, als er die ersten Zeichen einer Fazialisparese verspürte (es handelte sich um ein Rezidiv) mit dem nächsten Flugzeug aus den Ferien nach Hause zurück. Es war der bereits erwähnte Patient, der sich dann vollständig isolierte, die Türklingel abstellte und das Telephonkabel herausriß. – Zum Schluß sei noch ein 9jähriges Mädchen erwähnt. Dieses bekam von einer Mitschülerin eine Ohrfeige, worauf eine Fazialisparese auftrat. Diese heilte trotz Dekompression, bei der eine subtotale Durchtrennung des Nerven gefunden wurde, schlecht. Nach Angabe der Mutter soll das Mädchen sehr unter den spitzen Bemerkungen ihrer Mitschüler gelitten haben. Es hätte viel geweint, weine auch jetzt noch häufig. Besonders erschütternd ist die Bemerkung des Kindes zu seiner Mutter: es müsse jetzt einen richtigen Beruf erlernen, da es ja sowieso nie einen Mann bekomme. Das Mädchen ist eine fleißige und gute Schülerin geworden.

Diese Ausführungen mögen zeigen, wie komplex und vielseitig die psychische Reaktion auf eine Fazialisparese sein kann. Ein Arzt sollte an dieses Problem denken, wenn ihn ein Patient mit einer Fazialisparese aufsucht.

Diskussion

Die im Vorhergehenden dargestellten Befunde erlauben eine Reihe von Schlüssen, welche zum Teil mit den Angaben in der Literatur weitgehend übereinstimmen, zum Teil ihnen jedoch in auffallender Weise widersprechen. Bei den idiopathischen Fazialisparenen ergibt sich als eindeutigster Befund,

daß partielle Lähmungen viel bessere Spätresultate zeigen als subtotale oder totale. Unerwartet ist unsere Beobachtung, daß von den drei Ästen des N. facialis der Mundast im allgemeinen die schlechteste Heilungstendenz, der Stirnast die beste aufweist und daß also die ersten Regenerationszeichen vorwiegend im Stirn- und Augenast zu beobachten sind. Diese Reihenfolge ließ sich in der Regel sowohl bei der klinischen wie bei der elektromyographischen Reihenuntersuchung feststellen. Ferner zeigt sich, daß in unserem Krankengut das männliche Geschlecht häufiger an einer Bellschen Lähmung erkrankt als das weibliche. Die oft vertretene Ansicht, daß besonders heftige initiale retroaurikuläre Schmerzen auf eine schlechte Prognose hindeuten, können wir in unserem Material nicht bestätigen. Damit stehen wir im Gegensatz zu mehreren Autoren *Cawthorn* [2], *Dalton* [3], *Taverner* [20] und *G. P. Müller* [15]. *Larens* [11] dagegen kommt zum gleichen Schluß wie wir.

Das höhere Lebensalter verschlechtert die Regenerationsfähigkeit des N. facialis nach unseren Erfahrungen nicht. *Matthews* [13] nimmt dagegen an, daß die Erholungsrate mit zunehmendem Alter abnimmt. Auch das Geschlecht scheint für die Prognose keine Rolle zu spielen.

Wie steht es mit der Wirkung verschiedener konservativer Behandlungen, insbesondere mit den Corticosteroiden? Nach unseren Beobachtungen ergibt die Behandlung mit Corticoiden keine besseren Spätresultate als mit den älteren konservativen Maßnahmen. Wir können somit die guten Spätresultate nach Cortison, wie sie *Guggenheim* und *Regli* [7] angeben, nicht bestätigen. Die Bedeutung der Dekompression ist nach unseren kleinen Erfahrungen noch nicht sicher zu beurteilen. Erstens handelt es sich bei unserem Krankengut verständlicherweise um eine Selektion ungünstiger Fälle; zweitens konnten wir ihnen keine entsprechende Kontrollgruppe gegenüberstellen. Wir haben wiederholt beobachtet, daß sich nach einer Dekompression innert drei bis vier Wochen Reinnervationszeichen nachweisen lassen, was in diesen Fällen kaum zu erwarten gewesen wäre. Die Hoffnung, mit der Dekompression Mitbewegungen und Kontrakturen zu vermindern, hat sich dagegen in unserem Material nicht erfüllt. Die unerwünschten Spätfolgen sind ungefähr gleich häufig wie beim spontanen Verlauf. Wir waren beeindruckt durch die Beobachtung, daß einige Paresen, die in der sechsten Woche noch komplett waren, praktisch vollständig geheilt sind, was bei konservativer Behandlung doch eher selten vorkommt.

Vom elektromyographischen Standpunkt aus ist von großer Bedeutung, daß alle Lähmungen, die bis zum Ende der dritten Woche keine Fibrillationen zeigten, ad integrum ausheilten. Diese Lähmungen sind also als reine Neurapraxie aufzufassen. Dies ist leider nur in einem kleinen Prozentsatz der Fall. Treten dagegen Fibrillationen auf oder heilen die Paresen nicht

innert weniger Wochen ab, so sind unerwünschte Spätfolgen geringfügiger oder ausgeprägter Art die Regel. Von der Elektromyographie aus ist sicher von Bedeutung, daß bei Lähmungen mit Auftreten von Fibrillationen eine *Restitutio ad integrum* im strengen Sinne selten vorkommt, eine praktisch befriedigende Heilung jedoch oft zu beobachten ist.

Bei den traumatischen Fazialispareesen sind folgende Punkte zu erwähnen: Wir können die allgemeine Regel, daß die traumatischen Spätlähmungen eine gute Prognose haben, nicht ohne weiteres bestätigen, zeigten doch nur 10 von 15 unserer Spätlähmungen ein befriedigendes Endresultat. Überhaupt fand sich nach unseren Verlaufsuntersuchungen kein signifikanter Unterschied zwischen Früh- und Spätlähmungen. Diese Feststellung steht im Gegensatz zu den meisten Publikationen, die bei Frühlähmungen Spontanheilungen in 75% (*M. Neiger* [16], *Kettel* [10], *Turner* [21]) und bei Spätlähmungen sogar in über 90 % beschreiben. Aus unserem Krankengut ergab sich, daß bei Früh- und Spätlähmungen etwa gleich häufig eine *Restitutio ad integrum* auftrat. Wie schon bei den Bellschen Lähmungen weisen auch hier die partiellen Lähmungen eine bessere Endprognose auf.

Fazialispareesen im Verlauf eines *Herpes zoster oticus* weisen nach unseren Erfahrungen im allgemeinen eine schlechtere Prognose auf als die idiopathischen. Diese Beobachtung steht im Gegensatz zur Auffassung von *Jongkees* [8] und von *Graf* [6], welche die Prognose als relativ günstig betrachten. Wir haben nicht den Eindruck, daß die Dekompression beim *Zoster oticus* die Heilung beschleunigt, soweit sich aus unserem kleinen Material ein solcher Schluß überhaupt ziehen läßt.

Es ist erstaunlich, wie wenig Beachtung die psychiatrischen Aspekte der Fazialisparese in der Literatur gefunden haben. Schon eine kurze Besprechung mit diesen Patienten zeigt, daß die Entstellung durch die Parese eine große psychische Belastung darstellt, die oft zum Abschließen von der Mitwelt und zu eigentlichen depressiven Reaktionen führt. Eigentlich überraschend war für uns die Tatsache, daß Männer etwas häufiger mit depressiven Verstimmungen reagierten als Frauen.

Wenn wir die eingangs erwähnten praktischen Fragestellungen zu beantworten versuchen, so können wir zusammenfassend etwa folgendes sagen: Nach unseren Erfahrungen gibt es keine nachweisbar wirksame konservative Behandlung der peripheren Fazialisparese. Alle konservativen therapeutischen Maßnahmen scheinen zu den gleichen Endresultaten zu führen. Wärmebehandlung, Antipyretica, Cortison, Reizstromtherapie, sie alle scheinen am Spontanverlauf nichts oder wenig zu ändern. Die Frage nach der Wirksamkeit der operativen Dekompression können wir auf Grund unserer Erfahrungen nicht schlüssig beantworten. Eine *Restitutio ad integrum*

kann bei einer kompletten Fazialisparese natürlich auch durch die Dekompression nicht erwartet werden, und nach unseren Erfahrungen scheinen sich auch Fehlregeneration und Kontrakturen dadurch nicht verhindern zu lassen. Wir hatten wiederholt den Eindruck, daß die Operation noch früher durchgeführt werden sollte. Leider besitzen wir noch keine genügend sichere Methode, um die Prognose schon im Verlaufe der ersten 1 bis 2 Wochen zu stellen.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird über die Untersuchung von 195 Fällen mit peripherer Fazialisparese berichtet. Bei der idiopathischen Fazialisparese hängt die Prognose davon ab, ob sie komplett oder partiell ist und ob es sich um eine reine Neurapraxie oder um eine Axonotmesis mit Entartungsreaktion und Fibrillationen handelt. Starke initiale Schmerzen sind prognostisch kein besonders ungünstiges Zeichen. Von keiner der bis heute bekannten konservativen Maßnahmen inklusive Cortison und Reizstromtherapie ist die Wirksamkeit erwiesen, und der Wert der operativen Dekompression läßt sich noch nicht abschließend beurteilen. – Bei den traumatischen Fazialisparenen durch Schädelbasisfrakturen hat uns die Feststellung überrascht, daß die Spätlähmungen in unserem Material kein besseres Endresultat zeigen als die Sofortlähmungen. Fazialisparenen beim Zoster oticus weisen eine relativ ungünstige Prognose auf und scheinen durch die operative Dekompression nicht beeinflußt zu werden. Schließlich wird noch auf die psychiatrischen Aspekte der Fazialisparenen eingegangen.

Résumé

Le travail s'occupe de 195 cas de paralysie faciale périphérique. En cas de paralysie de Bell le pronostic n'est pas favorable quand la paralysie est complète à la fin de la 4e semaine et quand on trouve des potentiels de fibrillation et la réaction de dégénérescence. De fortes douleurs initiales par contre, n'ont pas de valeur pronostique. Aucune des mesures thérapeutiques n'améliore sensiblement le pronostic. La décompression chirurgicale est suivie parfois d'une amélioration rapide, mais il n'a pas de preuve que le résultat final est meilleur que dans les cas non opérés. – Quant aux paralysies traumatiques, le pronostic est le même pour les cas de paralysies immédiates et tardives. Dans le zona otique le pronostic est peu favorable, et ces cas ne semblent pas bénéficier de la décompression. Finalement les aspects psychiatriques dans les cas de paralysie faciale périphérique sont discutés.

Summary

The present study is concerned with 195 cases of peripheral facial nerve palsy. In Bell's palsy the prognosis is unfavorable when fibrillation potentials are present and when the paralysis is still complete at the end of the fourth week. Severe initial pains are of no prognostic value. None of the therapeutic procedures including corticosteroids and electro-therapy appear to improve the outlook. Surgical decompression is often

followed by an improvement within three or four weeks, but the end-result is not consistently better than in cases without surgery. In traumatic cases the course is the same in immediate and tardive palsies. Peripheral facial nerve palsy with zoster oticus have a relatively unfavorable prognosis and do not benefit from surgical decompression. Finally the psychiatric aspects of facial palsy are discussed.

Literatur

- [1] *Bauwens P.*: The Electrodiagnostic Aspect of Facialis Paralysis. *Proc. Roy. Soc. Med.* 43, 754–758 (1950).
- [2] *Cawthorne T.*: Zit. nach Müller G. P. [15].
- [3] *Dalton G. A.*: Bell's Palsy: Prognosis and treatment. *Brit. med. J.* 5246, I (1960).
- [4] *Faris B. D.*: Facialis Paralysis during Pregnancy. *Med. Times (Am.)* 83, 185 (1956).
- [5] *Garcin R.*: Paralysie du Nerf Facial. *Pathologie. Arq. neuropsychiat.* 12, 313–360, S. Paulo 1954.
- [6] *Graf G.*: Die sogenannte refrigeratorische Fazialislähmung. *Praxis* 43, 1037–1041, Bern 1954.
- [7] *Guggenheim P. und Regli F.*: Aspekte bei der Behandlung der sogenannten kryptogenetischen Fazialisparese. *Schweiz. Med. Wschr.* 92, 219–226 (1962).
- [8] *Jongkees L. B. W.*: Zit. nach Müller G. P. [15].
- [9] *Kaesler H. E. und Pfaltz C. R.*: Elektromyographische Verlaufsuntersuchungen bei Fazialisparesen. *Confin. neurol.* 23, 256–269 (1963).
- [10] *Kettel K.*: *Arch. Otolaryng.* (Chicago) 51, 25 (1950).
- [11] *Larens W.*: Über die Schmerzen bei der peripheren Fazialislähmung. *Nervenarzt* 26, 111–114 (1955).
- [12] *Lhotsky J.*: Das Problem der Entstehung und Behandlung der peripheren «rheumatischen» Fazialisparese. *Nervenarzt* 29, 514–516 (1958).
- [13] *Matthews W. B.*: Prognosis in Bell's Palsy. *Brit. med. J.* 5246, 215–217 (1961).
- [14] *Miehlke A.*: Die Chirurgie des Nervus facialis. Verlag Urban und Schwarzenberg, München und Berlin 1960.
- [15] *Müller G. P.*: Zur Klinik, Prognose und Therapie der kryptogenetischen Fazialisparese. *Schweiz. Arch. f. Neurol., Neurochir. u. Psych.* 93, 35–71 (1964).
- [16] *Neiger M.*: Indikation zur Dekompression des N. facialis und extratemporale Fazialischirurgie. *Schweiz. Med. Wschr.* 91, 1108–1114 (1961).
- [17] *Park H. W. und Watkins A. L.*: Facial paralysis: Analysis of 500 cases. *Arch. Phys. Med.* 30, 749–762 (1949).
- [18] *Pfaltz C. R.*: Die operative Behandlung der peripheren Fazialislähmungen. *Schweiz. Med. Wschr.* 88, 251–257 (1958).
- [19] *Story S. R.*: Conductive deafness, seventh nerve paralysis and absence of vestibular response during pregnancy. *A. M. A. Arch. Otolaryng.* 68, 632 (1958).
- [20] *Taverner D.*: The Prognosis and the Treatment of spontaneous Facial Palsy. *Proc. Roy. Soc. Med.* 52, 1077–1080 (1959).
- [21] *Turner J. W.*: *Lancet* I, 756 (1944).



